

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection en vertu
de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée***

**Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone: (705) 564-3130
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de
Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY (ONTARIO) P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133

Public Copy/Copie du rapport public

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / N° de registre	Type of Inspection / Genre d'inspection
16 juillet 2020	2020_679687_000 7	009068-20, 010187-20	Plainte

Licensee/Titulaire de permis

Centre de santé de St-Joseph, Sudbury
1140 South Bay Road, Sudbury (Ontario) P3E 0B6

Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée

Villa St-Gabriel, Sudbury
4690 Municipal Road 15, Chelmsford (Ontario) P0M 1L0

Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs

LOVIRIZA CALUZA (687)

Inspection Summary/Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée à la suite de la réception d'une plainte.

Elle s'est tenue du 10 au 12 juin, du 15 au 18 juin et du 23 au 26 juin 2020.

Les éléments suivants ont été examinés :

– Deux plaintes transmises à la direction concernant des préoccupations relatives au choix des menus et à la salubrité des aliments.

Une inspection en lien avec le Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (n° 2020_679687_0006) et une autre de suivi (n° 2020_679687_0005) ont été menées en même temps que cette inspection.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE DE CE QUI SUIT : Un avis écrit et un ordre de conformité en lien avec l'alinéa 8 (1) b) du Règlement de l'Ontario 79/10 ont été recensés dans l'inspection parallèle n° 2020_679687_0006 et publiés dans le présent rapport.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenu avec l'administrateur, le directeur des soins, le directeur adjoint des soins, le chef du service d'alimentation, le médecin, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), le programmeur de l'ensemble de données minimales, des adjoints en soins personnels, des adjoints du service d'alimentation, le cuisinier, des résidents et des membres de leurs familles.

Elle a aussi visité quotidiennement les aires où sont prodigués les soins aux résidents, observé l'administration de ces soins et l'interaction entre les résidents et le personnel, et examiné les dossiers médicaux des résidents, les horaires du personnel, les rapports d'enquêtes internes, et les politiques et procédures du foyer.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés :
Observation du service de restauration
Qualité des aliments

Plusieurs non-respects ont été constatés :

4 AE

3 PRV

1 OC

0 AD

NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

<p>Legend</p> <p>WN - Written Notification VPC - Voluntary Plan of Correction DR - Director Referral CO - Compliance Order WAO - Work and Activity Order</p>	<p>Légende</p> <p>WN - Avis écrit VPC - Plan de redressement volontaire DR - Aiguillage au directeur CO - Ordre de conformité WAO - Ordres : travaux et activités</p>
<p>Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).</p> <p>The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.</p>	<p>Le non-respect des exigences de la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)</i> a été constaté. (une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2 (1) de la <i>LFSLD</i>).</p> <p>Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la <i>LFSLD</i>.</p>

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 8 du Règlement de l'Ontario 79/10 quant aux politiques à suivre et à la tenue des dossiers.

En particulier, il n'a pas respecté les dispositions suivantes :

8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas réussi à veiller à ce que, lorsque le Règlement de l'Ontario 79/10 exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, celle-ci soit respectée.

A) Conformément au paragraphe 114 (2) de ce même règlement, il était tenu d'avoir des politiques et des protocoles écrits pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer sont acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Plus particulièrement, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du foyer sur les narcotiques manquants, dont la dernière révision remonte au 7 décembre 2018, dans laquelle il est précisé que lorsqu'un écart est décelé dans le compte des narcotiques, l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) en informe l'infirmière autorisée (IA) et une enquête est effectuée afin d'établir la cause probable de cette différence.

Le foyer a transmis à la direction un rapport d'incident critique concernant les médicaments narcotiques du résident 001 qui avaient disparu.

L'inspectrice 687 a examiné les notes d'évolution électroniques de ce résident et déterminé que l'IAA 107 avait consigné la disparition de ses médicaments narcotiques.

Lors d'un entretien, les IAA 110 et 116 ont toutes deux déclaré que lorsqu'un membre du personnel autorisé est informé que les médicaments narcotiques d'un résident ont disparu ou découvre que c'est le cas, cela doit être signalé immédiatement à l'IA en vue d'obtenir d'autres directives.

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007****Rapport d'inspection en vertu
de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée***

Lors d'un entretien mené par l'inspectrice 687 avec l'IA 106, cette dernière a affirmé qu'elle n'était pas au courant que les médicaments narcotiques du résident 001 avaient disparu. Elle a en outre affirmé que lorsque l'IAA 107 a remarqué que les médicaments narcotiques du résident avaient disparu, selon la politique du foyer sur les narcotiques manquants, celle-ci aurait dû l'en informer immédiatement.

Lors d'un entretien, le directeur adjoint des soins a affirmé que lorsque l'IAA 107 avait constaté que les médicaments narcotiques du résident 001 avaient disparu, elle aurait dû en informer l'IA immédiatement. Il a en outre dit s'être entretenu avec l'IAA 107 au sujet de cet incident et l'avoir sensibilisée au sujet des médicaments narcotiques manquants et de la surveillance de ce type de médicaments.

B) Conformément à l'alinéa 68 (2) c) du Règlement de l'Ontario 79/10, dans le cadre du programme structuré de soins alimentaires et de services de diététique exigé aux termes du paragraphe 11 (2) de la Loi, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme comprenne la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer ces risques.

Plus particulièrement, le personnel ne s'est pas conformé au document du foyer sur les températures auxquelles servir les aliments, dont la dernière révision remonte au 7 mars 2019. Il y est indiqué que les températures sont inscrites pour chaque salle à manger et que le personnel du service d'alimentation est responsable de leur inscription exacte afin de veiller à ce que tous les mets puissent être consommés en toute sécurité et de prévenir la prolifération d'agents pathogènes ou la production de toxines dans des aliments potentiellement dangereux.

Une plainte contenant une allégation selon laquelle des aliments non cuits auraient été servis par le foyer a été transmise à la direction.

Lors d'une observation effectuée dans une salle à manger désignée, l'inspectrice 687 a constaté que l'adjoint du service d'alimentation 129 n'a pas pris la température des aliments et des liquides avant de servir leur repas à deux résidents.

Lors d'une autre observation, l'inspectrice a constaté que l'adjoint du service d'alimentation 136 n'a pas pris la température des aliments et des liquides avant de servir leur repas à onze résidents.

Lors d'un examen du dossier répertoriant les températures quotidiennes des aliments et des liquides servis dans la section du foyer en question pour le mois de mai 2020, l'inspectrice a déterminé que pour 19 jours, la température des aliments et liquides n'avait

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007****Rapport d'inspection en vertu
de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée***

pas été prise et que pour trois jours sur 28, elle n'avait été prise que partiellement.

L'inspectrice a interrogé l'adjoint du service d'alimentation 129 et ce dernier a affirmé qu'il aurait dû prendre la température des aliments et des liquides avant de servir les repas aux résidents dans la salle à manger et qu'il était désolé de ne pas l'avoir fait.

Lors d'un entretien, le chef du service d'alimentation a affirmé que la température des aliments était d'abord prise dans la cuisine et avant que les adjoints du service d'alimentation servent les aliments dans les aires du foyer où mangent les résidents. Il a en outre affirmé que la vérification de la température des aliments était importante pour assurer la santé et la sécurité des résidents. Il a reconnu avoir été au courant de ce type d'incident dans le passé, avoir enquêté à ce sujet et avoir fait des rappels aux membres du personnel [alinéa 8 (1) b)].

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou de l'inspecteur ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 du Règlement de l'Ontario 79/10 sur la planification des menus. En particulier, il n'a pas respecté le paragraphe suivant :

71. (6) Le titulaire de permis veille à ce qu'un petit déjeuner complet soit mis à la disposition des résidents jusqu'à au moins 8 h 30 et à ce que le repas du soir ne soit pas servi avant 17 heures. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (6).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le repas du soir ne soit pas servi avant 17 heures.

Une plainte contenant une allégation selon laquelle des aliments non cuits auraient été servis par le foyer a été transmise à la direction.

Lors d'une observation effectuée dans une salle à manger donnée, l'inspectrice 687 a vu l'adjoint du service d'alimentation 129 servir leur dîner aux résidents 012 et 021 avant 17 heures.

Lors d'une observation effectuée dans une autre salle à manger, elle a vu l'adjoint du service d'alimentation 136 servir leur repas du soir à onze résidents avant 17 heures.

L'inspectrice 687 a examiné l'horaire des repas quotidiens du foyer affiché sur le tableau des deux aires de repas en question et établi que le dîner était à 17 heures.

Un examen de la politique du foyer sur le service des repas, dont la dernière révision remonte au 18 novembre 2018, a révélé que l'horaire de service des repas était le suivant :

- Petit déjeuner : 9 heures;
- Déjeuner : 12 h 30;
- Dîner : 17 heures.

Lors d'un entretien avec l'adjoint du service d'alimentation 129, celui-ci a affirmé que le service du dîner devait commencer à 17 heures.

Lors d'un entretien, le chef du service d'alimentation a reconnu que le repas du soir était servi à 17 heures. Il a en outre reconnu que les adjoints du service d'alimentation n'étaient pas censés servir le repas avant 17 heures, puisque cela est proscrit aux termes de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* [par. 71 (6)].

Autres mesures requises

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le repas du soir n'est pas servi avant 17 heures. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 72 du Règlement de l'Ontario 79/10 sur la préparation alimentaire. En particulier, il n'a pas respecté le paragraphe suivant :

72 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :
g) la documentation des substitutions de menu sur la feuille de préparation. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 72 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de préparation alimentaire prévoie la documentation des substitutions de menu sur la feuille de préparation.

Une plainte contenant une allégation selon laquelle des aliments non cuits auraient été servis par le foyer a été transmise à la direction.

a) Lors d'une observation effectuée dans une salle à manger désignée, l'inspectrice 687 a constaté que le dessert à texture modifiée servi était différent de celui indiqué sur la feuille de préparation du menu thérapeutique.

Lors d'un entretien, l'adjoint du service d'alimentation 133 a affirmé que le dessert à texture modifiée apparaissant sur la feuille de production du menu thérapeutique avait été remplacé par un autre dessert.

b) Lors d'une observation effectuée dans une salle à manger adjacente, l'inspectrice 687 a constaté que le dessert à texture modifiée servi était différent de celui indiqué sur la feuille de préparation du menu thérapeutique.

Lors d'un entretien, l'adjoint du service d'alimentation 126 a affirmé que le dessert à texture modifiée apparaissant sur la feuille de production du menu thérapeutique avait été remplacé par un autre dessert.

c) Lors d'une observation effectuée dans une autre salle à manger, l'inspectrice 687 a constaté que le dessert à texture modifiée servi était différent de celui indiqué sur la feuille de préparation du menu thérapeutique.

Lors d'un entretien, l'adjoint du service d'alimentation 133 a affirmé que le dessert à texture modifiée apparaissant sur la feuille de production du menu thérapeutique avait été remplacé par un autre dessert. Il a également dit que la modification de la feuille de production du menu thérapeutique relevait du chef du service d'alimentation.

Lors d'un entretien avec le chef du service d'alimentation, celui-ci a indiqué être consulté avant toute substitution de menu afin de fournir des instructions à son personnel. Il a en outre affirmé que tout changement de menu est communiqué verbalement à son personnel; il ne documente pas ces changements sur support papier. Il a reconnu ne pas être au courant de la substitution de dessert à texture modifiée du menu thérapeutique aux dates précisées [alinéa 72 (2) g)].

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le système de préparation alimentaire prévoit la documentation des substitutions de menu sur la feuille de préparation. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du Règlement de l'Ontario 79/10 sur le service de restauration et de collation.

En particulier, il n'a pas respecté les dispositions suivantes :

73 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection en vertu
de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée***

**1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).**

73 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

**b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend la communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Une plainte contenant une allégation selon laquelle des aliments non cuits auraient été servis par le foyer a été transmise à la direction.

Lors d'observations effectuées par l'inspectrice 687, celle-ci a déterminé que dans trois sections désignées du foyer, l'information figurant dans l'aperçu du menu de la semaine était différente de celle figurant dans le menu quotidien affiché.

Lors d'une observation subséquente, elle a déterminé que dans une section du foyer désignée, le menu quotidien du dîner n'était pas affiché.

En outre, elle a déterminé que dans une autre section du foyer, l'aperçu du menu de la semaine affiché différait du menu quotidien.

L'inspectrice a interrogé les résidents 008, 009, 011, 014, 015, 016 et 017, qui ont tous indiqué ne pas être au courant du menu quotidien. Le résident 015 a ajouté que « ce serait bien de le connaître à l'avance ».

Lors d'un entretien, les adjoints en soins personnels 118 et 119 ont tous deux constaté et confirmé que l'aperçu du menu de la semaine qui se trouvait dans la section du foyer en question était différent du menu quotidien affiché.

L'inspectrice 687 a interrogé l'IAA 110, qui a affirmé que le menu quotidien affiché dans la section du foyer désignée était tout à fait inexact pour la date en question.

Lors d'un entretien, l'adjoint du service d'alimentation 117 a affirmé que l'aperçu du menu de la semaine était différent du menu quotidien affiché. Il a en outre déclaré que l'aperçu du menu de la semaine aurait dû être changé par l'adjoint du service d'alimentation

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007****Rapport d'inspection en vertu
de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée***

désigné à la date donnée, mais que ça n'a pas été le cas.

Lors d'un entretien, le chef du service d'alimentation a reconnu que le menu quotidien affiché était différent de l'aperçu du menu de la semaine qui se trouvait dans la salle à manger en question. Il a en outre affirmé que le menu quotidien affiché et l'aperçu du menu de la semaine auraient dû être changés par le membre du personnel désigné à cette date pour veiller à ce que le menu affiché dans la salle à manger soit le bon. Il a aussi dit que les membres du personnel seraient informés de cet incident [alinéa 73 (1) 1].

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Lors d'une observation effectuée par l'inspectrice 687 dans la salle à manger désignée, elle a vu qu'un repas se trouvait devant le résident 012, mais qu'aucun membre du personnel n'était disponible pour l'aider. Dix (10) minutes plus tard, l'inspectrice a vu l'adjoint en soins personnels 113 revenir dans la salle à manger pour aider le résident 012 avec son repas.

Lors d'un examen du dossier électronique contenant le programme de soins du résident 012 en vigueur à ce moment-là, l'inspectrice 687 a constaté que le résident 012 dépendait entièrement du personnel pour son alimentation et son hydratation.

L'inspectrice 687 a examiné la politique du foyer sur le service des repas, dont la dernière révision remonte au 12 août 2019, dans laquelle il est indiqué qu'aucun repas ne doit être servi aux résidents qui requièrent de l'assistance avant qu'un membre du personnel ne soit assis et prêt à fournir cette assistance.

Lors d'un entretien, l'adjoint en soins personnels 113 a affirmé ne pas avoir été présent pour aider le résident 012 lorsque le repas en question lui a été servi.

L'inspectrice a interrogé l'IAA 112 et cette dernière a affirmé que le repas en question avait été servi au résident 012 avant que l'adjoint en soins personnels ne soit disponible pour aider le résident.

Lors d'un entretien mené par l'inspectrice 687 avec le directeur des soins, celui-ci a indiqué que lorsqu'un résident a besoin d'une aide totale avec son repas, un membre du personnel doit être présent dans la salle à manger avant que la nourriture ne lui soit servie [alinéa 73 (2) b)].

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend la communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents et qu'aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

Date de délivrance : 21 juillet 2020

Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

Original signé par l'inspectrice

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154
de la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*, L.O. 2007,
chap. 8

Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée

Public Copy/Copie du rapport public

Name of Inspector (ID #) /

Nom de l'inspecteur (n°) : LOVIRIZA CALUZA (687)

Inspection No. /

N° de l'inspection : 2020_679687_0007

Log No. /

N° de registre : 009068-20, 010187-20

Type of Inspection /

Genre d'inspection : Plainte

Report Date(s) /

Date(s) du rapport : 16 juillet 2020

Licensee /

Titulaire de permis :

Centre de santé de St-Joseph, Sudbury
1140 South Bay Road, Sudbury (Ontario) P3E 0B6

LTC Home /

Foyer de SLD :

Villa St-Gabriel, Sudbury
4690 Municipal Road 15, Chelmsford (Ontario) P0M 1L0

Name of Administrator /

Nom de l'administratrice

ou de l'administrateur : Ray Ingriselli

À l'attention du Centre de santé de St-Joseph : Il vous est, par les présentes, enjoint de vous conformer aux ordres suivants d'ici la date indiquée ci-dessous.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154
de la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*, L.O. 2007,
chap. 8

Order # /**N° d'ordre :** 001**Order Type /****Genre d'ordre :** Ordres de conformité, al. 153 (1) a)**Pursuant to / Aux termes de :**

Règlement de l'Ontario 79/10, par. 8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1)

Order / Ordre :

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

Le titulaire de permis doit se conformer à l'alinéa 8 (1) b) du Règlement de l'Ontario 79/10.

1. Plus précisément, il doit :

a) Veiller à ce que tous les membres du personnel autorisé passent en revue la politique sur les narcotiques manquants, dont la dernière révision remonte au 7 décembre 2018. Ce processus devra faire l'objet d'un compte rendu indiquant la date de la revue, le nom et le poste des employés l'ayant fait, le contenu revu et tout autre renseignement pertinent;

b) Veiller à ce que tout écart décelé dans le compte des narcotiques soit signalé à l'infirmière autorisée (IA) et qu'une enquête soit effectuée pour en déterminer la cause probable.

2. Il doit en outre :

a) Voir à ce que les adjoints du service d'alimentation prennent la température des aliments et des liquides dans chaque office des salles à manger avant de servir les repas aux résidents;

b) Consigner la température des aliments et des liquides prise dans l'office de la salle à manger et en tenir un registre précis;

c) Élaborer et appliquer, durant les trois prochains mois, des plans de vérification hebdomadaire pour veiller à ce que la température des aliments et des liquides respecte les températures recommandées par le Service de santé publique de Sudbury et du district, et tenir un registre des vérifications effectuées.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas réussi à veiller à ce que, lorsque le Règlement de l'Ontario 79/10 exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, celle-ci soit respectée.

Conformément au paragraphe 114 (2) de ce même règlement, il était tenu

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

d'avoir des politiques et des protocoles écrits pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer sont acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Plus particulièrement, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du foyer sur les narcotiques manquants, dont la dernière révision remonte au 7 décembre 2018, dans laquelle il est précisé que lorsqu'un écart est décelé dans le compte des narcotiques, l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) en informe l'infirmière autorisée (IA) et une enquête est effectuée afin d'établir la cause probable de cette différence.

Le foyer a transmis à la direction un rapport d'incident critique concernant les médicaments narcotiques du résident 001 qui avaient disparu.

L'inspectrice 687 a examiné les notes d'évolution électroniques de ce résident et déterminé que l'IAA 107 avait consigné la disparition de ses médicaments narcotiques.

Lors d'un entretien, les IAA 110 et 116 ont toutes deux déclaré que lorsqu'un membre du personnel autorisé est informé que les médicaments narcotiques d'un résident ont disparu ou découvre que c'est le cas, cela doit être signalé immédiatement à l'IA en vue d'obtenir d'autres directives.

Lors d'un entretien mené par l'inspectrice 687 avec l'IA 106, cette dernière a affirmé qu'elle n'était pas au courant que les médicaments narcotiques du résident 001 avaient disparu. Elle a en outre affirmé que lorsque l'IAA 107 a remarqué que les médicaments narcotiques du résident avaient disparu, selon la politique du foyer sur les narcotiques manquants, celle-ci aurait dû l'en informer immédiatement.

Lors d'un entretien, le directeur adjoint des soins a affirmé que lorsque l'IAA 107 avait constaté que les médicaments narcotiques du résident 001 avaient disparu, elle aurait dû en informer l'IA immédiatement. Il a en outre dit s'être entretenu avec l'IAA 107 au sujet de cet incident et l'avoir sensibilisée au sujet des médicaments narcotiques manquants et de la surveillance de ce type de médicaments.

(687)

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

2. Conformément à l'alinéa 68 (2) c) du Règlement de l'Ontario 79/10, dans le cadre du programme structuré de soins alimentaires et de services de diététique exigé aux termes du paragraphe 11 (2) de la Loi, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme comprenne la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer ces risques.

Plus particulièrement, le personnel ne s'est pas conformé au document du foyer sur les températures auxquelles servir les aliments, dont la dernière révision remonte au 7 mars 2019. Il y est indiqué que les températures sont inscrites pour chaque salle à manger et que le personnel du service d'alimentation est responsable de leur inscription exacte afin de veiller à ce que tous les mets puissent être consommés en toute sécurité et de prévenir la prolifération d'agents pathogènes ou la production de toxines dans des aliments potentiellement dangereux.

Une plainte contenant une allégation selon laquelle des aliments non cuits auraient été servis par le foyer a été transmise à la direction.

Lors d'une observation effectuée dans une salle à manger désignée, l'inspectrice 687 a constaté que l'adjoint du service d'alimentation 129 n'a pas pris la température des aliments et des liquides avant de servir leur repas à deux résidents.

Lors d'une autre observation, l'inspectrice a constaté que l'adjoint du service d'alimentation 136 n'a pas pris la température des aliments et des liquides avant de servir leur repas à onze résidents.

Lors d'un examen du dossier répertoriant les températures quotidiennes des aliments et des liquides servis dans la section du foyer en question pour le mois de mai 2020, l'inspectrice a déterminé que pour 19 jours, la température des aliments et liquides n'avait pas été prise et que pour trois jours sur 28, elle n'avait été prise que partiellement.

L'inspectrice a interrogé l'adjoint du service d'alimentation 129 et ce dernier a affirmé qu'il aurait dû prendre la température des aliments et des liquides avant de servir les repas aux résidents dans la salle à manger et qu'il était désolé de ne pas l'avoir fait.

Lors d'un entretien, le chef du service d'alimentation a affirmé que la

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154
de la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*, L.O. 2007,
chap. 8

température des aliments était d'abord prise dans la cuisine et avant que les adjoints du service d'alimentation servent les aliments dans les aires du foyer où mangent les résidents. Il a en outre affirmé que la vérification de la température des aliments était importante pour assurer la santé et la sécurité des résidents. Il a reconnu avoir été au courant de ce type d'incident dans le passé, avoir enquêté à ce sujet et avoir fait des rappels aux membres du personnel.

Il a été établi que ce problème correspondait à un niveau de gravité « 2 », car il exposait les résidents à un risque ou à un préjudice minime. Sa portée, quant à elle, correspondait au niveau « 3 », car il s'agissait d'un problème généralisé. Le foyer avait des antécédents de non-conformité de niveau « 3 », car il avait omis de se conformer au même alinéa du Règlement de l'Ontario 79/10 dans les 36 derniers mois, plusieurs non-respects ayant été constatés :

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154
de la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*, L.O. 2007,
chap. 8

- Plan de redressement volontaire publié le 25 février 2019 dans le rapport d'inspection n° 2019_655679_0005;
- Plan de redressement volontaire publié le 3 décembre 2019 dans le rapport d'inspection n° 2019_671684_0040;
- Avis écrit publié le 25 février 2019 dans le rapport d'inspection n° 2019_655679_0006;
- Ordre de conformité délivré le 24 octobre 2017 dans le rapport d'inspection n° 2017_668543_0004.
(687)

**This order must be complied with by /
Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

28 août 2020

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154
de la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*, L.O. 2007,
chap. 8

REVIEW/APPEAL INFORMATION

TAKE NOTICE:

The Licensee has the right to request a review by the Director of this (these) Order(s) and to request that the Director stay this (these) Order(s) in accordance with section 163 of the Long-Term Care Homes Act, 2007.

The request for review by the Director must be made in writing and be served on the Director within 28 days from the day the order was served on the Licensee.

The written request for review must include,

- (a) the portions of the order in respect of which the review is requested;
- (b) any submissions that the Licensee wishes the Director to consider; and
- (c) an address for services for the Licensee.

The written request for review must be served personally, by registered mail, commercial courier or by fax upon:

Director
c/o Appeals Coordinator
Long-Term Care Inspections Branch
Ministry of Long-Term Care
1075 Bay Street, 11th Floor
Toronto, ON M5S 2B1
Fax: 416-327-7603

When service is made by registered mail, it is deemed to be made on the fifth day after the day of mailing, when service is made by a commercial courier it is deemed to be made on the second business day after the day the courier receives the document, and when service is made by fax, it is deemed to be made on the first business day after the day the fax is sent. If the Licensee is not served with written notice of the Director's decision within 28 days of receipt of the Licensee's request for review, this(these) Order(s) is(are) deemed to be confirmed by the Director and the Licensee is deemed to have been served with a copy of that decision on the expiry of the 28 day period.

The Licensee has the right to appeal the Director's decision on a request for review of an Inspector's Order(s) to the Health Services Appeal and Review Board (HSARB) in accordance with section 164 of the Long-Term Care Homes Act, 2007. The HSARB is an independent tribunal not connected with the Ministry. They are established by legislation to review matters concerning health care services. If the Licensee decides to request a hearing, the Licensee must, within 28 days of being served with the notice of the Director's decision, give a written notice of appeal to both:

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154
de la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*, L.O. 2007,
chap. 8

Health Services Appeal and Review Board and the Director

Attention Registrar
Health Services Appeal and Review Board
151 Bloor Street West, 9th Floor
Toronto, ON M5S 1S4

Director
c/o Appeals Coordinator
Long-Term Care Inspections Branch
Ministry of Long-Term Care
1075 Bay Street, 11th Floor
Toronto, ON M5S 2B1
Fax: 416-327-7603

Upon receipt, the HSARB will acknowledge your notice of appeal and will provide instructions regarding the appeal process. The Licensee may learn more about the HSARB on the website www.hsarb.on.ca.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154
de la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*, L.O. 2007,
chap. 8

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX
APPELS**

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes des articles 153 et 154
de la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*, L.O. 2007,
chap. 8

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur(e)
Commission d'appel et de révision
des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 1S4

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance : 16 juillet 2020

Signature of Inspector /

Signature de l'inspecteur :

Name of Inspector /

Nom de l'inspecteur : Loviriza Caluza

Service Area Office /

Bureau régional de services : Bureau régional de services de Sudbury